

該当する申請種別に○をつけてください。
ただし、請求者が公務員の場合は、子ども医療と出
産応援給付金のみ○をつけてください。

請求者は生計中心者の方となります。請求者の住所、
日中連絡がつく連絡先、氏名、生年月日、児童との
続柄、配偶者の有無をご記入ください。

請求者及び配偶者の1月1日の住所地をご記入ください。
※出生・転入が1月～4月中の場合は前年の1月1日の住所地
出生・転入が5月～12月中の場合は今年の1月1日の住所地
その他の理由で申請の場合は今年の1月1日の住所地

請求者のマイナンバーをご記入ください。

転入で申請する方のみご記入下さい。

児童手当の振込先に「公金受取口座」を指定する場
合は✓をしてください（口座情報は記入不要）。

請求者名義の口座をご記入ください。
配偶者や児童の口座にはお振込できません。

請求者名義の口座を記入します。児童手当と同じ振
込先の場合も記入が必要です。
ただし、児童手当と異なる振込先に振り込みを希望
される場合、口座のコピー添付が必要です。

◆ 添付書類 ◆ 申請を窓口でする場合はコピーではなく原本をご提示ください。

- ①請求者の健康保険証等のコピー（国家公務員共済組合員証（日本郵政共済組合員証を含む）
または地方公務員等共済組合員証をお持ちの方のみ）
②児童の加入予定の健康保険証等のコピー
③預金通帳またはキャッシュカードのコピー 請求者名義のもの（公金受取口座を指定する場合は不要）

児童手当・・・・・・①③の提出が必要です。
子ども医療証・・・・・・②の提出が必要です。
かつしか出産応援給付金・・・・③の提出が必要です。

※①、②の健康保険証等とは、健康保険証、資格確認書、資格情報のお知らせ、マイナポータルからダ
ウンロードできる、「医療保険の資格情報」のPDF画面のことです。申請を窓口でする場合は、これらの
ほかに、マイナポータルの保険資格情報画面も含まれます。

児童の加入予定の健康保険証の内容をご記入くだ
さい。

提出する方が署名をしてください。

児童手当・特例給付認定請求書、額改

★記入要領★

受給中に各健康保険から高額、家族療養費等が支給された場

【かつしか出産応援給付金】
令和5年4月1日以降出生の児童が対象と
なります。
1歳の誕生日の前日までに転入した児童も
対象となります。

療証
書（
障害の有無について○をつけてください。
障害がある場合は該当者に○をつけてください。
他の手当が申請できる場合があります。

婚姻歴がない場合は、
未婚に✓をしてください。

申請種別	児童手当	☐	子ども医療	☐	額改定(増)		出産応援給付金	☐	
提出年月日	令和 ☐ 年 ☐ 月 ☐ 日						フリガナ	カツシカ タロウ	
請求者	住所	葛飾区 立石 ☐ 丁目 ☐ 番 ☐ ー ☐ 101号 〇〇マンション						氏名	葛飾 太郎
	電話	090 (0000) 0000 自宅・職場・携帯(本人・配偶者)						生年月日	昭和 55 年 12 月 31 日
請求者の状況	請求者の令和5年1月1日の住所	東京	都	道	足立	区	市	個人番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1
	配偶者の令和5年1月1日の住所	東京	都	道	足立	区	市	転入前住所 (転入で申請の方のみ)	東京 都 道 足立 区 市 村 転出証明書の 転出予定日
	勤務先名称	〇〇〇〇株式会社							
	加入年金	未加入・国民		厚生・共済(公務員)		(配偶者が公務員の場合) 配偶者の勤務先:			
児童手当	振込口座 (額改定は記入不要)	☐ 公金受取口座		〇〇〇		銀行 信用組合		口座番号	1 1 1 1 1 1 1
	☒ 指定の口座			〇〇〇		銀行コード 0000		支店番号	123
	かつしか出産応援給付金			〇〇〇		銀行 信用組合		口座番号	1 1 1 1 1 1 1
	振込口座			〇〇〇		銀行コード 0000		支店番号	123
配偶者	フリガナ	カツシカ ハナコ		生年月日	年齢	続柄	同居	生計	留学の場合 の出国年月
	葛飾 花子	S60 年 10 月 10 日		60	妻	同	同	同	9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 1 2
児童	フリガナ	カツシカ サクラ		生年月日	年齢	続柄	同居	生計	
		R6 年 4 月 1 日		0	子	同	同	同	
氏名		葛飾 太郎						保険者番号・保険者名称	全国健康保険協会 支部
健康保険証		記号	〇〇		番号	△△△△		資格取得年月日	国保・国組 健康保険組合 共済組合
別居(児童・夫・妻)の住所									
提出者署名(請求者及び代理人)		葛飾 太郎						☐ 医療証受領	